

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**CARRERA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



Tesis Para Optar el Título Profesional de:

OBSTETRIZ

**Factores de riesgo materno asociado a
Displasia Cervical en Mujeres del Distrito
de Morales Periodo Enero 94-Diciembre 96**

Presentado por:

Bach.

INES CHUQUIZUTA PAREDES

TARAPOTO – PERU



1997

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE .

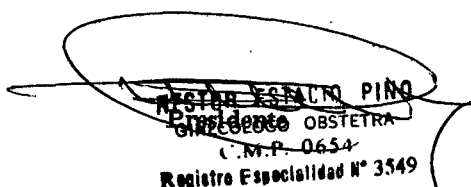
OBSTETRIZ

**FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADO A
DISPLASIA CERVICAL EN MUJERES DEL DISTRITO
DE MORALES PERIODO ENERO 94 - DICIEMBRE 96**

PRESENTADO POR:

Bach. INES CHUQUIZUTA PAREDES

JURADO CALIFICADOR:


Presidente OBSTETRA
C.O.P. 0654
Registro Especialidad N° 3549


MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD - MORALES
Miembro


Obst. Rosa Ríos López

C.O.P. 4223
COORDINADORA AREA SALUD
DE LA MUJER Y ADOLESCENTE

Asesor


Federico S. Tinta Junco


Miembro

Consuelo Dávila Torres
OBSTETRIZ
C.O.P. 5458

Asesor


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

**A mis queridos padres ARTIDORO
Y HARLENE que con su esfuerzo
y apoyo moral y económico hizo
posible la culminación de mi
carrera profesional que es parte
de la vida.**

**A mi querida hija GEIDY LIZ que
con su ingenuidad e inocencia a
podido soportar todos los
momentos de abandono para poder
llegar a la culminación de mi
trabajo.**

**A REIDER por permanecer junto a
mi en momentos difíciles.**

AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento a mi Asesora Obst. LEOCADIA SALAS PILLACA por su constante orientación y constante apoyo durante la ejecución del presente trabajo, con gratitud a mis profesores quienes fueron los que me guiaron para poder ser una profesional con virtudes que la sociedad necesita.

Mi eterno agradecimiento a la Obst. GABRIELA DEL PILAR PALOMINO ALVARADO, por su apoyo desinteresado en la Ejecución y Sustentación del presente trabajo de Investigación. A las autoridades del Ministerio de Salud donde laboro :

Dr. MIGUEL VELA LOPEZ

Dr. ROBINSON DIAZ RAMIREZ

Dr. JUAN CARLOS MATA PEREZ

Dr. ELEUTERIO BARTHÉ P.

Dr. LUIS A. ESCOBAR RIVERO

Enf. Sor ALICIA VIDAL QUIJANO

INÉS

INDICE

	Pág.
I.- RESUMEN.....	06
II.- INTRODUCCION.....	07
III. OBJETIVOS.....	10
IV.- HIPOTESIS	37
V.- MATERIALES Y METODOS.....	39
VI.- RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	43
VII. CONCLUSIONES.....	68
VIII. RECOMENDACIONES.....	69
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	70
X.- ANEXOS.....	76

RESUMEN

El presente estudio se realizó con registros de Papanicolau tomados en el Centro de Salud de Morales durante los años de 1994, 1995, 1996 un estudio de 809 PAPS tomados de los cuales 12 presentaron Neoplasia Cervical haciendo una incidencia de 14.8 por mil habitantes y una frecuencia de 01 caso positivo por cada 66 muestras negativas.

Los principales factores asociados fueron : edad mayor de 25 años, número de hijos mayor de 2, edad de inicio de relaciones sexuales menor de 20 años, número de parejas sexuales más de 2, antecedentes de aborto.

Se puntualiza la necesidad de ampliar y descentralizar los servicios de detección de Cáncer de Cuello, así como la realización de investigaciones prospectivas con seguimiento para cuantificar la evolución o regresión de las Neoplasias Cervicales.

I. INTRODUCCION

En nuestro medio, en las mujeres mayores de 15 años con vida sexual activa, el cáncer de cuello uterino constituye la primera causa de morbilidad y la mayor causa de muerte en relación a otros tipos de neoplasias malignas, debido principalmente a que las pacientes acuden a los servicios de salud en etapas avanzadas de la enfermedad. Hasta hace una década, de cada 10 mujeres con cáncer, nueve acudían en etapas avanzadas de la enfermedad y sólo una en etapa inicial.

En la actualidad, gracias a la difusión de la importancia del reconocimiento precoz de la enfermedad y al crecimiento de la demanda de servicios, por cada caso de cáncer avanzado se encuentra un caso de cáncer inicial. Esto es posible debido a que la accesibilidad del cuello uterino permite la detección y diagnóstico oportuno del cáncer cervical en sus etapas iniciales en la cual es curable (1).

En nuestro país la población femenina que está en riesgo de presentar cáncer cuello uterino pasa de los 4 millones de mujeres mayores de 20 años. Un porcentaje apreciable de este grupo muestra características que lo ubican en el llamado sector de alto riesgo, se trata de

mujeres de condición socio-económica baja, que han iniciado en forma precoz su vida sexual, por el hacinamiento y el alto grado de promiscuidad (2).

La difusión del Papanicolau aunque en los sitios rurales y alejados, aún se hace limitadamente ha dado origen a un significativo incremento del número de mujeres que concurren al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica (INEN) y que son portadoras de Neoplasia Cervical pre-clínica, las cuales al ser adecuadamente tratada, permitirá disminuir en un futuro el número de nuevas pacientes con cáncer invasivo y/o avanzado, razón por lo que el Ministerio de Salud a dictado normas para la organización y ejecución del Programa de control y detección del cáncer de cérvix uterino a nivel de toda la comunidad.

Los siguientes factores están relacionados con la etiología del cáncer del cuello uterino: una iniciación temprana de la vida sexual, actividad sexual intensa, residencia urbana, multiparidad, nivel socio-económico o cultural bajo, determinados hábitos sexuales, componentes étnicos (razas pigmentadas principalmente) e incluso un virus herpetiriforme. En resumen podemos indicar que la presencia de la célula escamosa del Cáncer de Cérvix está relacionado íntimamente con factores ambientales y con prácticas sexuales y reproductoras (3).

La epidemiología del cáncer de cérvix corrobora la Transmisión Sexual de un agente oncogénico, predominando el VPH tipos 16,18 y 31; actuando como biocatalizadores de los procesos oncogénicos, en combinación con otros carcinógenos; estudios actuales sugieren la pérdida de la función normal de la proteína supresora del tumor del gen P53, ya sea por mutación o en conjunción con la oncoproteína G6 de VPH (4).

San Martín y concretamente Morales no está exenta de estos problemas y patologías que afectan al cérvix uterino, más aún si tenemos en cuenta la precocidad con que se inician las relaciones sexuales y el embarazo, además debido a la relativa frecuencia y a la escasa información en nuestra región referente a displasia cervical, nos ha motivado a la elaboración del presente plan de estudio, que nos va permitir conocer la realidad, y a su vez determinar factores de riesgo sobre los cuales se pueda actuar a través de actividades de promoción y prevención a fin de detectar, diagnosticar oportunamente esta patología y contribuir a disminuir los casos de enfermedades y muerte por esta causa.

Ya que actuar sobre los factores de riesgo es parte de la prevención primaria que aunado a la detección sistemática y precoz, y el tratamiento adecuado, constituyen hoy el recurso más eficaz para la cura de las displasias del cáncer del cuello uterino.

FORMULACION DE OBJETIVOS ■

- 1.- Identificar los factores de riesgo asociados a Displasia Cervical en Mujeres del Distrito de Morales.
- 2.- *Determinar la Frecuencia de Displasia Cervical en Mujeres del Distrito de Morales.*
- 3.- *Identificar la Predominancia de los Factores de Riesgo en la Displasia Cervical.*

MARCO TEORICO :

La neoplasia cervical se origina como un acontecimiento focal en la unión escamo columnar, el cual consta de un área de células de desarrollo alterado, caracterizadas principalmente por el pleomorfismo celular que va comprometiendo todo el espesor del epitelio, mostrando alteraciones en las uniones intercelulares (pérdida de los desmosomas) y una disminución en la producción de productos celulares especializados tales como el glucógeno de incremento de la población celular (5).

La neoplasia cervical pre-clínica, comprende a las neoplasias cervicales intraepiteliales y al carcinoma invasor pre-clínico.

La neoplasia cervical intraepitelial constituye un acontecer continuo que principia en la displasia leve NIC grado 1 y termina en el carcinoma invasivo, pasando por las etapas llamadas: Displasia moderada (NIC grado 2), displasia severa (NIC grado 3) (Stern y Neel), las lesiones cervicales llamadas "Displasias", no siendo malignas, alcanzan en su evolución alguna relación con cáncer, por lo que algunos autores(6), le atribuyen a esta lesión el rol de un pre-cáncer intraepitelial.

El Carcinoma In Situ (NIC grado 3) es ampliamente aceptada como un precursor de Carcinoma Invasivo, esto está basado en dos tipos de evidencias: La primera, por el hallazgo de carcinoma In Situ y Carcinoma Invasivo simultáneamente en el mismo cérvix, y segundo, el desarrollo del Carcinoma Invasivo en pacientes diagnosticadas del Carcinoma In Situ, no tratado y seguidos por muchos años (6).

Las observaciones epidemiológicas, clínicas y experimentales concuerdan en que el cáncer del cuello uterino es una enfermedad que evoluciona en varios años. Desde su inicio en el epitelio que tapiza al cuello uterino, entre el recto y el endocervix (zona de transformación), la lesión se desarrolla en forma gradual y continua reemplazando al epitelio normal, para después de un periodo variable de varios años, invadir el estroma.

Desde el punto de vista clínico patológico, la evolución de la enfermedad puede dividirse en fases cuyos límites no siempre son precisos. Igualmente, una fase no sigue inevitablemente a otra.

En la primera fase, la enfermedad es generalmente asintomática y corresponde a una lesión microscópica intraepitelial.

En la segunda fase, cuando la neoplasia invade el estroma, frecuentemente produce síntomas y entonces puede detectarse al examen clínico.

En la fase intraepitelial, que es pre-clínica, se considera a las Displasias y al Carcinoma In Situ. Las Displasias a su vez, se subdividen en leve, moderada y grave.

Esta nomenclatura, en algunas ocasiones ha conducido a errores en el manejo de las pacientes por que ha considerado que el Carcinoma In Situ es siempre más grave que las displasias y por lo tanto requiere de un tratamiento más agresivo. Por el contrario, las Displasias, en base a este criterio, han sido tratado en forma conservadora, no obstante que a veces son más extensas que el Cáncer In Situ. En estos casos el tratamiento conservador resulta insuficiente.

Para evitar esto, se ha introducido el concepto de neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), que comprende tanto a las displasias como Carcinoma In Situ.

Un alto porcentaje de nuestra población femenina pertenece al grupo de "alto riesgo" para desarrollar cáncer de cuello uterino ya que reúnen con mucha frecuencia las condiciones requeridas: relaciones sexuales a eda temprana-poliandria, clase social baja, mala higiene de genitales.

Abundante información epidemiológica(7), sugiere que el Carcinoma Cervical inicial podría ser considerado como una Enfermedad de Transmisión Sexual. Las mujeres con Cáncer cervical comienzan sus relaciones sexuales a una edad más temprana que las mujeres sin cáncer de cuello uterino. En nuestra serie grande de cáncer cervical el 88% han tenido relaciones sexuales antes de los 20 años, habiendo llegado sólo al 60% en el grupo de control (8).

La poliandria varía en su frecuencia en relación a algunas características socio-económicas; según la Región de Residencia, es más frecuente en el Oriente (77%) y menos frecuente en Lima, Norte, Centro y Sur del país, relación al grado de urbanización es más frecuente en la zona rural (64%) y varía también de acuerdo al nivel educativo siendo más frecuente cuando menor es el (66%), esta observación de mayor frecuencia de poliandria en el sector de población femenina con menor recurso socio-económico-cultural es justamente lo que corresponde al grupo de alto riesgo para desarrollar cáncer escamoso de cuello uterino.

DIAGNOSTICO :

Si bien es cierto que tiene mucha importancia saber diagnóaticar cáncer de cuello uterino, en cualquier de sus estadios, a fin de indicar un tratamiento adecuado, dicho diagnóstico tiene un valor altísimo cuando se refiere a lesiones iniciales preclínica, que comprende:

- a) NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL(NIC) y que engloba a los siguientes grados:

NIC 1 Displasia Leve

NIC 2 Displasia moderada

NIC 3 Displasia Severa y Carcinoma In Situ

- b) CARCINOMA INVASIVO PRECLINICO: IA y IB OOC.

Todos sabemos que la neoplasia cervical pre-clínica no da síntomas característicos y si está presente alguno, puede confundirse con los síntomas de cualquier proceso benigno.

El examen clínico del cuello uterino suele contribuir al diagnóstico de la neoplasia pre-clínica, ya que no existen signos característicos evaluables por inspección o palpación del cérvix. Con mucha frecuencia, un cuello uterino de aspecto normal, bien epitelizado, puede descamar células neoplásicas correspondientes a lesiones incipientes.

Cuando tengamos que diagnosticar neoplasia incipiente del cérvix, en pacientes asintomáticas, que no presentan lesiones significativas, tenemos que aceptar, sin la menor duda, el enorme valor que tiene el estudio citológico del Papanicolau que es el arma más importante con que cuenta el médico para el control del cáncer cervical.

Para diagnosticar el cáncer de cuello uterino disponemos de los siguientes procedimientos: examen citológico, colposcópico y examen histológico.

COLPOSCOPIA:

El estudio colposcópico del cérvix, y más propiamente de la zona de transformación del epitelio es muy útil cuando se trata de hacer el diagnóstico a una paciente que ha tenido citología anormal, compatible con una neoplasia intraepitelial. Gracias al uso adecuado del colposcopio se puede practicar la llamada biopsia dirigida, que es infinitamente superior a la biopsia ciega de los cuatro cuadrantes del cérvix.

Si bien es cierto que la colposcopia, no es un buen procedimiento para hacer detección masiva de cáncer de cuello uterino, tiene enorme valor para hacer el diagnóstico. La citología, en cambio, es irremplazable, hasta la fecha, para hacer dichas

detección de grandes masas de población. En el control de cáncer cervicouterino es más importante el volumen que mejorar el aspecto cualitativo.

Slawson(9), en un estudio realizado en 838 pacientes con casos de cáncer cervical epitelial en 1982-1989, reportó que la citología sólo tuvo un 87% de certeza, en tanto que la colposcopia mostró un 79% de áreas sospechosas. En cambio con el uso simultáneo de ambos procedimientos, se logró un 98.8% de certeza. Esto significa que está abierto el camino para usar este procedimiento diagnóstico, que cada vez recibe más atención, aún en los países que antes no lo tomaban en cuenta, tal como ocurre en los EE.UU. de América.

El manejo de las displasias leves (NIC 1) y moderada (NIC 2) es muy simple y casi siempre sólo requiere tratamiento de tipo médico, en algunas oportunidades electrofulguración.

Lo que si es más importante es el seguimiento de las pacientes que hayan tenido cualquiera de estas formas de displasia. Deben tener control citológico cada 6 meses y si estos exámenes fuesen negativos en dos o tres veces consecutivas, recién deben pasar al grupo de control anual.

Todos aceptan que las pacientes que tengan los dos primeros grados de displasia pueden seguir uno de los tres siguientes caminos: regresión de la enfermedad en porcentajes muy altos; persistencia de la misma en otro caso y, finalmente, progresión a Carcinoma In Situ o Cáncer invasivo.

Esta progresión de la enfermedad está en relación directa con el grado de diferenciación celular. Mientras más indiferenciado es el componente celular de la displasia, hay más probabilidades de progresión.

En cambio cuando se trata de Displasia Severa y Carcinoma In Situ, es decir NIC 3, una vez hecho el diagnóstico histológico, ya sea por medio de biopsia dirigida por colposcopia, o por medio del cono frío, el tratamiento preferido en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas es la histerectomía ampliada al tercio superior de la vagina.

Si bien es cierto que hasta la fecha no hay criterio unánime para indicar el tipo de tratamiento más conveniente para el Carcinoma In Situ y la Displasia Severa (NIC 3), todos están de acuerdo en que dicho tratamiento debe ser quirúrgico.

3.3.DATOS ESTADISTICOS :

En el sexo femenino los tumores más frecuentes fueron los invasivos de cuello uterino constituyendo el 27.27% de los tumores malignos de la mujer, los carcinomas in situ del cuello del útero constituyeron el 5.69% de todos los tumores de la mujer. Su tasa de incidencia para todas las edades fueron de 28.61% por 100,000 mujeres, y para las menores de 20 años de 5.98% por 100,000 mujeres, respectivamente ocupando el 1ro. y 6to. puesto entre los tumores de la mujer; sin embargo, tiene poco sentido el presentar la tasa de incidencia de tumores de cuello uterino para todas las edades siendo que este proceso se presenten fundamentalmente en la edad adulta de modo que tiene más sentido presentar las tasas de incidencia en mujeres adultas (mayores de 15 años), ya que estos tumores se dan en adultas y la proporción de niños en nuestra población deforma la cifra. Dichas tasas son de 44.42% y 9.25% por 100,000 mujeres mayores de 15 años; sin embargo, muchos autores consideran mejor tomar como denominador de la tasa de incidencia a la población femenina mayor de 20 o 25 e incluso 30 años.

Así la incidencia en Lima de cáncer invasivo de cuello uterino en mayores de 20 años fue de 59.5 por 100,000 mujeres mayores de 20 años, por año, (8). Los tumores de cuello uterino fueron los que produjeron mayor mortalidad en la mujer constituyendo 19.45 de las defunciones por tumores, con una tasa de mortalidad de: 18.81 por 100,000 mujeres de todas las edades, o más precisamente 19.81 defunciones por 100,000 en mujeres mayores de 15 años, para establecer una comparación, Valdivia (10) encontró 38.2 defunciones por 100,000 mujeres mayores de 15 años en Lima.

El tiempo que transcurre desde el momento en que aparece una displasia del cérvix, hasta que se diagnostica el cáncer invasivo es no menor de una década, siendo con frecuencia de dos décadas. Al respecto Slawson y Bennet 1994 (11), observaron que en un término de 10 años de vigilancia, aproximadamente 80% de las displasia progresarían a carcinoma in situ. Igual comentario hace (Koss, 1988) (12), quien calcula que en promedio se necesitan 15 años para que el Carcinoma In situ progrese a cáncer invasivo, y que el tiempo no debe ser más breve para que la displasia llegue a convertirse en carcinoma, (2).

Hall y Walton, (13) 1987, presentaron un informe sobre un estudio de 206 casos de displasia, que fueron seguidos de uno a 14 años; estos casos fueron diferenciados morfológicamente en leves, moderado y grave, dependiendo del grosor del epitelio afectado por la displasia. En los casos de displasia leve se observó que la regresión era del 62.2%, en tanto que progresaron 13.4%, en cambio las displasias severas sólo mostraron regresión del 19.1%, mientras que 33.3% progresaron. La progresión de estos casos pueden significar avance a Carcinoma In Situ; pero la parte más importante del estudio se refiere a que el 29.2% de los casos de displasia severa progresaron a Carcinoma In Situ es decir 3 de cada 10 pacientes. (2)

Por otro lado Peterson (6) 1986, reportó un estudio sobre 127 pacientes con Carcinoma In Situ que no recibieron tratamiento y que fueron seguidas en el Centro de Radium de Copenhague, y observó que el Carcinoma invasivo se desarrolló en 11% de las pacientes al término de 3 años; en 22% luego de 5 años y en 39% al final de 9 años.

Rarick (5), estudió a 230 mujeres, de estas, 161 fueron gestantes a las cuales se realizó Papanicolau; 48 (30%) obtuvo muestras a las 4 semanas, 61 (38%) a las 6 semanas y 52 (32%) a las 8

semanas. Los grupos fueron similares en cuanto a la edad, raza, paridad, estado civil, edad de primera relación sexual, historia de infección cervical de 139 mujeres que tuvieron muestra de Papanicolau normal, pre.natal, 26 (59%), se observó muestra anormal a las 4 semanas, de éstos, 24 presentaron inflamación; 1 (4%) con inflamación centralizada y 1 (4%) con neoplasia intraepitelial cervical NIC III. 17 (32%) fueron anormales a las 6 semanas, de las cuales 15 (88%) tenían inflamación, 16% inflamación centralizada o nucleada y 1 (6%) tuvo NIC III. 12.28% fueron anormales a las 8 semanas de los cuales 11 (92%) tenían inflamación y 1 (8%) con inflamación centralizada o nucleada. Concluye: la frecuencia de las muestras de Papanicolau anormal aumenta a medida que el intervalo post-parto disminuye.

Hunt (14), investigó 8 mujeres con neoplasia cervical intraepitelial grado I (NIC,I)121 mujeres con esquema moderada de papanicolaou por medio de GP1, en 1990 que tuvieron Papanicolaou anormal 2 años antes, registrados en 4 laboratorios de patología de SYDNEY. Para resultado se tuvo que investigar por colposcopia que 19 mujeres presentaban MSA no tenían investigación inicial, siendo en un 80% de los casos, mujeres que dejaron de obtener muestras de Papanicolau dentro de los 12 meses. De 84 mujeres que padecían NIC-I inicial se practicó colposcopia

con o sin biopsia, 27% tenían NIC de grado 2-3 y 31% NIC-I confirmado. De las mujeres con NIC-I, 51% estaban siendo tratadas principalmente por presentar muestras Papanicolau, inicial a las que se incluían, 78% de mujeres con NIC 2-3 confirmado y 69% de mujeres con NIC-i confirmado, 2.5 años más tarde de la primera muestra de Papanicolau, sólo el 46% de mujeres con MSA inicial y 51% de mujeres con NIC-I inicial tenían conocimiento de GP; llegando a la conclusión de que la mayoría de mujeres con MSA y NIC-I presentaban investigación inicial. El rango de prácticas realizadas indican la falta de conocimiento de prácticas apropiadas en un menor número de mujeres con anormalidades cervicales.

Broso Bethesda (15), han tenido el taller que publicó una guía reportando los resultados de citología vaginal y cervica. Un segundo taller se realizó en abril de 1991, donde se discutió la propuesta inicial y las modificaciones sugeridas. Las recomendaciones finales fueron las siguientes: En la práctica moderna de diagnóstico citopatológico no es aceptable la clasificación de Papanicolau reportado, por que no refleja un claro entendimiento de la neoplasia cervico-vaginal. No tiene equivalencia en la terminología del diagnóstico histopatológico, no está previsto de diagnóstico de entidades no cancerosas y como resultado de las numerosas

modificaciones, la especificación de las clases de Papanicolau no reflejan uniformemente las interpretaciones diagnósticas.

Broso, Bethesda (15), hicieron revisión retrospectiva seleccionando 150 pacientes sometidos a evaluación colpóscopica para encontrar citología anormal; 38 pacientes tenían alto grado de lesión citológica que histológica, 24 de éstas pacientes tenían el examen citológico e histológico beneficioso. Estos fueron evaluados al azar por patólogos usando para su clasificación el sistema Bethesda; llegó a los resultados siguientes: 24 casos sometidos a reevaluación, 19 resultaron discrepantes (79.2%) llegando a la conclusión que la revisión citológica de la especie deben ser llevados a un experimentado patólogo, usando el sistema; BETHESDA pudieron resolver muchos casos presentados como lesión cervical considerados como de alto grado por examen citológico antes que por evaluación histológica.

Slater(16) estudio la muerte por cáncer cervical en el distrito de ROTHERDAN, período 1989-1991, datos obtenidos de laboratorio del Hospital y archivo general; juntos con los datos de muestras citológicas apropiadas. Este período representa de 3 a 5 años computarizado por el programa nacional (NSP) que

fueron implementados con cada 5 años de intervalo; se obtuvo como resultado la identificación de 36 muertos, los casos de muerte se produjeron a los 59 años de edad que representa el 39%, ocurriendo en algunos casos a los 69 años, sólo el 60% representaban casos con resultados de muestra cervical, siendo el 3% derivado de la NSP y el 3% casos fortuitos, 47% de los casos de pacientes que murieron no tuvieron muestras privadas; 22% de pacientes fueron menores de 65 y 25% mayores de 65 años. Los menores de 65 años representaron antes la edad en que se producían estas muertes, previamente se reportaron casos de 1 a 8 años que tenían diagnóstico de laboratorio apropiado el 17% de casos, 14% representaban muestras de falso negativo y 8% reportaba como casos negativos por ser muestras inadecuadas, 19% de casos identificados con diagnóstico clínico inadecuado; en el 22% dos o más factores contribuyeron a identificar en algunos pacientes.

Korn (17), determinaron la sensibilidad de la muestra de Papanicolau en mujeres infectadas con VIH, 52 mujeres con VIH seropositivo que se sometieron a colposcopia y se han obtenido a especies histológicas y citológicas; posteriormente 85 mujeres fueron observadas en nuestra clínica de colposcopia

cuando su estado presentaba VIH seronegativo, pasando a formar un grupo de comparación; se obtuvo como resultado que las pacientes con VIH, la prevalencia de displasia cervical fue de 50%. De las cuales 15% adicionales tenían sólo lesión vulvar. La sensibilidad citológica por displasia cervical fue 63% y especificada en 845, no se encontraron diferencias significativas en el grupo control de mujeres que padecían de colposcopia para indicial el estándar ($p > 0.05$), 20 de las 38 mujeres seropositivas dejaron en el futuro la rutina, perdiéndose el caso. En las conclusiones habla de la sensibilidad del examen del Papanicolau no parece estar disminuido en mujeres con VIH seropositivo. Las muestras de colposcopia puede estar justificada en vista de la alta prevalencia de displasia cervical y vulvar, como también la alta confiabilidad del rango observado en pacientes de la población.

Wey (18), en Londres, en un grupo de 511 pacientes advirtió recurrencia del tumor, en 28 de entre 140, es decir, 20% de las tratadas conservadoramente y sólo en 2 entre 411 (0.49%) de quienes fueron tratadas con histerectomía algún tiempo después de la conización. En 41 se descubrió tumor residual del cuello uterino y en 18 en el tercio superior de la vagina.

Hall, Boyce y Nelson (13) (1987), en el estudio de 409 pacientes con Carcinoma In Situ observaron en 175, las cuales fueron tratadas con histerectomía radial modificada, después de dos años de vigilancia, en ninguna de ellas se advirtió recurrencia. En las piezas operatorias de 175 enfermas se encontró Carcinoma In Situ Residual, después de la conización en 62 (35%)

A nivel nacional:

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) hemos observado que muchas pacientes que tuvieron citología y/o biopsia positiva y que no recibieron tratamiento, al cabo de unos años, las displasias evolucionaron a carcinoma In Situ o éste se convirtió en cáncer infiltrante. Estas enfermas no recibieron tratamiento oportuno, debido a que abandonaron el hospital, luego de los primeros exámenes y sólo volvieron, al cabo de años debido a que presentaban síntomas severos, en los casos que había progreso a cáncer infiltrante; o por que fueron localizadas por las asistentes sociales (13).

En 1988, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (19) inició un programa de detección en los consultorios externos del Instituto Nacional de enfermedades Neoplásicas (INEN). Este fue, sin lugar a duda uno de los primeros programas de este tipo que

se iniciaron en Sudamérica. Posteriormente la Liga alquiló un local independiente del INEN y con el correr de los años puso en funcionamiento seis centros detectores ubicados en diversos lugares de la capital. Además, adquirió dos unidades móviles, uno de los cuales presta servicios en los pueblos jóvenes y la otra en fabricas, miisterios y otras dependencias que solicitan dicho servicio. En 1989 se han examinado a 130,825 mujeres mayores de 20 años supuestamente sanas. De ellas 69,341 han sido atendidas en el centro detector de Lima, en donde el examen de cada paciente está a cargo de médicos entrenados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) (19)

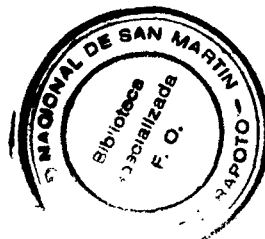
Estudios iniciales de Valdivia (10), mostraron que el 70% de cáncer en la población es Ginecológico y que el 48% de cáncer en mujeres es de cérvix.

El estudio de Gálvez (3), mostró una Tasa de muerte (TM) por Ca. de cérvix de 12.74% para todas las edades y de 19.81 para mayores de 15 años. La tasa de incidencia (TI) de ca. de cérvix en el mismo estudio fue de 28.61 para todas las edades y de 59.5 para mayores de 20 años, cifra muy por encima de TI internacionales, ej. Israel tiene cáncer de cérvix de 4.74 para todas las edades y de 8.22 para mayores de 20 años.

Estudios de Castellano y cols, (2), realizados en el INEN 1986 encontró que el 57.3% de las neoplasias diagnosticadas en mujeres correspondían a Ca. de cérvix y que el mismo correspondía al 91.2% de los tumores malignos ginecológicos. El 7% correspondía a Ca. In Situ y 93% en estadios más avanzados.

Estudios de albuja(7), en la ciudad de Trujillo 1987 encuentra que el 27.8% de cáncer maligno en mujeres, corresponden a cáncer de cérvix, con una TM promedio en los 3 años de 14,3 por 100,000.

Ultimos datos publicados por la XVI jornada de cáncer entre 1987-1991, muestra que el cáncer más frecuente tanto en hombres como en mujeres es el cáncer de cérvix, con 24.21% de la casuística.



4.4.DEFINICIONES BASICAS:

Citología:

Estudio científico del origen, estructura y funciones de las células.

Displasia:

Toda anomalía del desarrollo.

Neoplasia:

Formación en alguna parte del cuerpo, de un tejido, cuyos elementos sustituyen a los de los tejidos normales. Se aplica principalmente a los tumores cancerosos.

Cáncer:

Tumor maligno en general, ya sea de origen epitelial o conjuntivo.

Carcinoma:

Tumor maligno debido a una proliferación indefinida de células epiteliales que generalmente da lugar a la formación de tumores secundarios metastásicos.

Riesgo:

Es la mayor posibilidad de sufrir un daño. el riesgo es una probabilidad y como tal puede ocurrir o no. (20) 2PM).

Factor de Riesgo:

Se define como aquel que directamente o indirectamente contribuye a que se modifique el normal desarrollo del feto o del estado materno o ambos o de una persona cualquiera (20)

Daño:

Es la consecuencia a la que se llega como resultado de una mayor exposición a un factor de riesgo. (20).

5.5. TERMINOS OPERACIONALES:

Esta referido a los factores de riesgo biodemográficos de las pacientes en estudio, se agrupan en alto y bajo riesgo.

Grupo de bajo riesgo.- Están constituidos por mujeres que no han tenido actividad sexual, o que sólo lo tienen con una pareja, que tiene control citológico regular.

Grupo de alto riesgo.- En nuestro medio este grupo es muy numeroso y está formado por las mujeres que habitan los llamados pueblos jóvenes, los tugurios y probablemente la población campesina. Son mujeres de bajo nivel socioeconómico, con historia de relaciones sexuales precoces, promiscuidad sexual, alto índice de infecciones genitales y enfermedades vénereas. (2)

a). Factores de riesgo maternos:

Estado civil:

De alto riesgo.- Es la mujer que no vive con el padre de su hijo (divorciada, viuda, abandonada o soltera).

De bajo riesgo.- Es la que tiene unión marital estable (casada, conviviente).

Edad:

Alto riesgo.- Las mujeres mayores de 20 años de edad.

Bajo riesgo.- Mujeres menor o igual a 20 años de edad.

Grado de instrucción:

Número de años cursados y promovidos de su escolaridad o instrucción.

Alto riesgo.- Son las mujeres que tienen menos de 5 años (1 año de inicial y 4 de primaria, y las analfabetas).

Bajo riesgo.- Escolaridad comprendida de 6 a más años de estudio.

Procedencia:

Alto riesgo.- Si vive en la zona rural o en los pueblos jóvenes y/o asentamientos humanos

Bajo riesgo.- Si vive en zona urbana y si tiene facilidad o acceso para llegar a un establecimiento de Salud, (Centro de Salud u Hospital).

Gestación: (Número de embarazos).

Alto riesgo.- Multigesta (4 ó más).

Bajo riesgo.- Menor de 4 embarazos.

Paridad:

Número de hijos nacidos vivos o muertos.

Alto riesgo.- Multípara de 4 a más partos.

Bajo riesgo.- 1 a 3 partos.

Período intergenésico:

Alto riesgo.- Menor de 24 meses.

Bajo riesgo.- Si el intervalo comprende más
de 24 meses.

Antecedentes de aborto:

Alto riesgo.- Si tuvo uno o más abortos.

Bajo riesgo.- Si no tuvo ningún aborto.

Leucorrea crónica:

Alto riesgo.- Presencia de leucorrea
independientemente del
tiempo y cuadro clínico.

Bajo riesgo.- Ausencia de leucorrea

Anemia crónica:

Alto riesgo.- Si el presente $Hg \leq 10$
grxdl y/o Hto. $\leq 30\%$.

Bajo riesgo.- Si presenta $Hg > 10$ grs x
dl. y/o Hto. $> 30\%$.

Infección de vías urinarias crónicas:

(Urocultivo $\geq 100,000$ unidades formadoras de colonias/ml).

Alto riesgo. - Si presenta IVU 3 ó más veces durante su vida.

Bajo riesgo. - No presenta infección.

Poliandria:

Número de parejas sexuales que tuvo hasta el examen.

Alto riesgo. - Si tuvo más de 03 parejas sexuales durante su vida.

Bajo riesgo. - Si tuvo 0 - 3 parejas sexuales.

IRS (Inicio de relaciones sexuales)

Alto riesgo. - Si inició sus relaciones sexuales antes de los 20 años de edad.

Bajo riesgo. - IRS después de los 20 años.

Promiscuidad:(número de parejas sexuales con que cuenta en el momento de la toma de la muestra).

Alto riesgo. - Dos o más parejas sexuales.

Bajo riesgo. - 0 - 1 pareja sexual.

Infecciones venéreas:

Alto riesgo. - mujeres que hayan tenido uno o más episodio de alguna de las ETS.

Bajo riesgo. - Aquellas que no tuvieron ningún episodio de ETS.

Nivel Socio-económico:

Alto riesgo. - mujeres de nivel socioeconómico bajo.

Bajo riesgo. - mujeres de nivel socioeconómico medio y alto.

IV FORMULACION DE LA HIPOTESIS:

4.1 Hipótesis de Investigación:

Las pacientes con Displasia Cervical presentaran más factores de alto riesgo que aquellas mujeres que no presentan Displasia cervical.

4.2 Hipótesis Estadística :

4.2.1 Hipótesis nula :

Las mujeres con Displasia cervical no presentarán diferencias estadísticamente significativas en relación a la presencia de factores de alto riesgo en comparación con aquellas mujeres que no presentan Displasia cervical.

4.2.2 Hipótesis alterna :

Las mujeres con Displasia Cervical presentaran diferencias estadísticamente significativas con relación a la presencia de factores de alto riesgo en comparación con aquellas mujeres que no presentan Displasia cervical.

4.3 Identificación de variables:

Variable Ind. (VI): Factores de riesgo materno.

Variable Dep.(VD) : Displasia Cervical

Variable Int. (VI): Estado civil, edad, grado de Instrucción, procedencia, paridad, I.R.S., F.R.S.

VI MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio de caso control con recolección retrospectiva y longitudinal de datos sobre Citología Exfoliativa tomadas en mujeres en edad fértil del Distrito de morales durante el período Enero 1994 - Diciembre 1996.

Para lo cual se usó el diseño comparativo ex- postfacto cuyo diagrama es el siguiente :

A---- O (Grupo de estudio)

B---- O (Grupo control)

Donde :

O = Observaciones o mediciones y seguimientos hechas a la muestra; con referencia a los factores de riesgo de los que presentaron Displasia.

A = Es el grupo, cuyas pacientes tengan resultado de displasia cervical o Ca. de cérvix.

B = Es el grupo, cuyas pacientes tengan citología exfoliativa normal tomadas en la misma fecha.

Nuestra POBLACION Y MUESTRA se determinó de la siguiente manera :

5.3.1. Universo:

Conformado por todas las Mujeres en Edad fértil del distrito de Morales.

5.3.2. Población accesible conocida :

Mujeres en edad fértil que se hayan tomado el examen de Papanicolau en el periodo de estudio.

5.3.3. Muestra :

Constituido por el 100% de mujeres en edad fértil que hayan presentado Displasia Cervical durante el periodo de estudio. Para el grupo control, el número restante al grupo de estudio.

a) Criterios de inclusión para la muestra:

- Mujeres en edad fértil con Displasia Cervical y/o Cáncer de Cérvix para el grupo de estudio.
- Mujeres con o sin hijos, en proceso de gestación o no.
- Mujeres con registros y/o historia clínica completa.
- Mujeres con resultado positivo o resultado negativo de por lo menos un Papanicolau.

b) Criterios de exclusión para la muestra:

- Mujeres cuyos datos no estén completos de acuerdo al formato de investigación.

La recolección de datos se realizó personalmente extrayendo los datos de la Historia clínica y de los formato del PAP; para el vaciado de datos se usó el Formato preparado que consta en el anexo.

Se solicitó permiso previa aprobación del Proyecto al Director del Centro de Salud de Morales para la realización del trabajo a investigar así como al personal del servicio de estadística.

Se reviso todos los registros de Papanicolau tomados durante el periodo de estudio; luego se revisaron las Historias clínicas de las pacientes seleccionadas para completar los datos que exige el formato de investigación (anexo 01).

Plan de análisis y tabulación de datos :

Para tal efecto se utilizó paquetes estadísticos computarizados como EPINFO, usando el:

a) **Análisis e interpretación descriptiva :**

Donde se realizó un análisis descriptivo bivariante, con el fin de orientar sobre datos de distribución de frecuencias, medida de tendencia central y de dispersión de interés para el estudio.

a) *Análisis e interpretación inferencial :*

Se utilizó el método estadístico de análisis inferencial bivalente, con el siguiente procedimiento :

Displasia Cervical = Variable dependiente nominal. (Positivo Vs Negativo).

Factores de Riesgo Materno = Variable Independiente nominal (presencia de factores : alto y bajo riesgo).

Modelo estadístico para la prueba de hipótesis :

- Aproximación normal a la binominal.
- ji cuadrado (X) con corrección de yates si fuera necesario.

c) como en este estudio se investiga Casos y controles, interesó medir la fuerza de asociación observada, es decir, los factores de riesgo de las mujeres en edad fértil, por lo que utilizaremos los siguientes métodos estadísticos (20) 22PM).

- ODDS RATIO (OR) o riesgo relativo indirecto.
- Nivel de confianza para ODS Rathios a 95%.
- Riesgo atribuible a la población porcentual (RAP %)

D) El nivel de significancia estadística aceptada será de $P < 0.05$.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos con su respectivos análisis cada uno.

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO Nº 01

FRECUENCIA DE DISPLASIA SEGUN AÑO EN EL
DISTRITO DE MORALES

AÑO	PAPS TOMADOS	PAPS NOR/NEG	PAPS POSITIVO	INCIDENCIA	/FREC.
1994	46	44	2	43.5x1000	1/22
1995	293	287	6	20.5x1000	1/48
1996	470	466	4	8.4x1000	1/117

En el cuadro Nº 01 encontramos la incidencia y frecuencia de los PAPS, encontrando una incidencia de 14.8 X 1000, es decir que de cada 66 muestras de PAP tomadas 01 aparece positivo con alguna displasia. Existe una particularidad en año 1994 sólo se tomaron 46 muestras, este por el mismo hecho que en esas épocas se daba poca importancia a este programa, el mismo que en estos dos últimos años se ha incrementado en forma importante.

Resultados diferentes a lo encontrado por Chumbe (21) en Iquitos quien encontró 26.7% para displasia 60% para carcinoma epidermoide de cérvix, y 13.3% para cáncer asociado a gestación, en nuestro estudio sólo se tuvo un caso de cáncer de cuello uterino asociado a la gestación, puesta esta patología es relativamente rara y cuando ocurre la

seguridad del feto es amenazado y el tratamiento de la madre complicado. La frecuencia de cáncer de cérvix uterino asociado a gestación en nuestro caso es bajo y dentro del rango encontrado por otros autores, (2,22,21) que oscila de 0.009 - 8.33 x 1000.



TABLA A

RESULTADO DE DISPLASIA DE CERVIX UTERINO

NEOPLASIAS DE CERVIX UTERINO	Nº	%
<i>Displasia leve</i>	05	41.7
<i>Displasia moderada</i>	02	16.7
<i>Displasia Severa</i>	01	8.3
<i>Carcinoma in situ</i>	02	16.7
<i>Carcinoma epidermoide microinvasiva</i>	01	8.3
<i>Carcinoma asociado a gestación</i>	01	8.3
T O T A L	12	100.00

En los PAPS tomados desde el año de 1994 a 1996; se encontraron 12 casos de neoplasias cervicales correspondiendo los 2/3 partes (6) a displasia en sus diferentes grados, como la literatura lo refiere el PAP es un método que ayuda a detectar tempranamente las neoplasias cervicales, pues el cáncer de cérvix uterino representa la neoplasia más frecuente.

En Lima el estudio realizado por antezona (23) en el Hospital Arzobispo Loayza se realizaron 181570 PAPS siendo positivos 1993 lo que hace una incidencia de 1.1 a 2.8% de 1981 a 1990. Encontró

2553 casos de displasia 1806 (36.3%) de grado leve 988, (33.0%) moderado y 479 (16.0%) severa.

La displasia leve se eleva en los 10 años de estudio de 30.5 a 49.1%, la proporción entre Carcinoma in Situ e invasivo fue de 16.7% y 83.3% respectivamente, progresando en forma inversa en el año de 1990. Mientras que el estudio realizado por Jiménez y colaboradores (24) en el Hospital Inmaculada concepción de República Dominicana en los años de 1990 y 1991; encontró en 400 registros, displasia leve ocupa el 17.5% en displasia moderada 8%, y la metaplasia escamosa ocupa el 25.2%, todos estos estudios de cierta forma tienen relación con nuestra casuística.

Pues estudios de seguimiento como el de Valdivia y Nuñez (25.33) en el Hospital del Seguro Social del Perú, encuentran una regresión del 50% y persistencia de 42.85%, progresión a forma más severa con el 7.15% y progresión a cáncer in situ en el 8.33%.

Al hacer un estudio sobre la incidencia de regresión, los autores antes mencionados encontraron que la tasa de incidencia para el cáncer in situ entre las pacientes con displasia es de 64 X 1000 por año, mientras que en las pacientes que no tienen

displasia esta cifra sólo alcanza el 0.04 X 1000 X año, mientras que en las pacientes que no tienen displasia esta cifra sólo alcanza el 0.04 X 1000 X año, lo que significa que el grupo de pacientes con displasia de cérvix es un grupo con un riesgo, 1,600 veces mayor para desarrollar cáncer in situ, que la población no displásica.

Teóricamente se conocen las vinculaciones evaluativas que existen entre sí, entidades que tienen sus nombres propios: Displasia, Cáncer in situ y Cáncer infiltrante, pero que consideradas en conjunto pueden constituir sólo parte de un solo proceso evolutivo, el cual en su primera fase tiene posibilidades de involucionar espontáneamente, o bajo tratamiento oportuno y agresivo pero que luego en las fases siguientes, especialmente en la última es inexorablemente progresiva.

CUADRO Nº 01

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

<i>DATOS DEMOGRAFICOS</i>	<i>PAPS</i>	<i>NEGAT.</i>	<i>NEOPLASIA</i>	<i>TOTAL</i>		
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
<i>GRADO INSTRUCCION</i>						
<i>Analfabeta</i>	20	2.5	02	16.7	22	2.7
<i>Primaria incompleta</i>	144	18.1	03	25.0	147	18.2
<i>Primaria completa</i>	191	24.0	05	41.7	196	24.2
<i>Secundaria incomp.</i>	312	39.1	01	8.3	313	38.7
<i>Secundaria completa</i>	87	10.9	--	--	87	10.8
<i>Superior incompleta</i>	33	4.1	01	8.3	34	4.2
<i>Superior completa</i>	10	1.3	--	--	10	1.2
<i>T O T A L</i>	797	100.0	12	100.0	809	100
<i>LUGAR DE RESIDENCIA</i>						
<i>Rural</i>	--	--	04	33.3	04	0.5
<i>Urbano-marginal</i>	428	53.7	05	41.7	433	53.5
<i>Urbano</i>	369	46.3	03	25.0	372	46.0
<i>T O T A L</i>	797	100.0	12	100.0	809	100
<i>EDAD:</i>						
<i>Edad promedio</i>	30.20		35.05		31.58	
<i>Rango</i>	13-80		25-62		13-80	
<i>DS Standar</i>	11.02		6.42		10.77	

En el cuadro Nº 02, se puede apreciar que la mayoría de las pacientes tanto del grupo control como del grupo testigo proceden de la zona urbano marginal, entendiéndose esto por la situación en que viven estas mujeres, en hacinamiento, falta de saneamiento y nivel socio-económico bajo, pues cuando se aplica la prueba estadística se encuentra un resultado altamente significativo ($P < 0.00000$) es decir que el lugar de residencia influye directamente en la presencia de neoplasias cervicales, datos que coincide con Chumbe (21) quien afirma que es un hecho indiscutible que existe correlación entre la frecuencia de neoplasias cervicales y los grupos de población pobre, ya que el 95.5% de las mujeres con resultado positivo procedían de los sectores urbano-marginal y rural como en nuestro caso y la de otros autores Castellano y Guerra (2,26), aunque discrepamos con algunos autores Gálvez (3) quienes afirman que la residencia urbana es un factor asociado a las neoplasias cervicales debido a que las mujeres de la zona rural son más conservadoras.

En cuanto al grado de instrucción, las mujeres con neoplasia cervical en su mayoría (83.4%) tuvieron bajos niveles educativos; analfabetas o máximo 5to. año de primaria, hecho que hace que se

preocupen poco o nada por su Salud Reproductiva, también existió un caso de una mujer con instrucción superior que aunado a este factor tuvo otros determinantes como promiscuidad.

Este hecho es una clara expresión que nuestra población no recibe un programa de educación sanitaria integral, ni prevención secundaria adecuada y que todavía el programa de detección de cáncer de cérvix no se ha democratizado, llegando a los estratos sociales más bajos de nuestra población y que aún queda mucho por hacer sobre este punto en las actividades de salud pública.

CUADRO N° 03
DISTRIBUCION SEGUN EDAD DE LA PACIENTE

RESULTADO DE PAPANICOLAU	< 19 N°	años %	20 - 39 N°	AÑOS %	< = 40 N°	AÑOS %	T O T A L N°	%
GRUPO EN ESTUDIO :								
DISPLASIA LEVE	-----	-----	03	0.5	02	1.2	05	0.6
DISPLASIA MODERADA	-----	-----	-----	-----	02	1.2	02	0.2
CARCINOMA IN SITU	-----	-----	01	0.2	01	0.6	02	0.2
DISPLASIA GRAVE	-----	-----	01	0.2	-----	-----	01	0.1
CARCINOMA EPIDERMÓIDE MICROINVASIVO	-----	-----	-----	-----	01	0.6	01	0.1
CARCINOMA ASOCIADO A GESTACION	-----	-----	01	0.2	-----	-----	01	0.1
GRUPO CONTROL:								
NORMAL NEGATIVO	43	75.4	464	79.4	105	62.5	613	75.7
CANDIDA ALBICANS	03	5.3	26	4.6	09	5.3	38	4.8
TRICHOMONAS	02	3.5	27	4.6	09	5.3	38	4.7
C. ATROFICO	-----	-----	08	1.4	26	15.5	34	4.2
COMP. INFLAMATORIO MODERADO	01	1.8	23	3.9	06	3.6	30	3.7
GARDNERELLA	04	7.0	19	3.1	04	2.4	27	3.3
COMPONENTE INFLAMATORIO LEVE	03	5.3	04	0.7	01	0.6	08	1.0
COMPONENTE INFLAMATORIO SEVERO	01	1.8	04	0.7	-----	-----	05	0.6
PAPILOMA VIRUS HUMANO	-----	-----	02	0.4	02	1.2	04	0.5
GONOCOCO	-----	-----	01	0.2	-----	-----	01	0.1
T O T A L	57	100.00	584	100.00	168	100.00	809	100.00

x2 = 148.38 P= 0000000000

En el cuadro Nº 03 se puede notar que en la edad no se encontró mayor diferencia entre el grupo de estudio y el grupo testigo siendo la edad promedio de 35.05 y 30.20 respectivamente, resultados inferiores a la de Chumbe (21) que encontró una edad media de 42.9 años para sus pacientes con neoplasia cervicales y un rango de 30-65 años y a los de Valdivia (25) quien encontró una edad promedio de 37 años, con pequeñas variantes hacia los sub grupos leves 33.66, moderadas 37.86 y severas 36.58; igualmente se encontró una diferencia de 4.59 años en la detección de displasia y cáncer in situ, hecho que en nuestro estudio no se da ya que se tuvo un caso de cáncer in situ en una paciente de 28 años.

Mientras que Castellano (2) encontró que independientemente del grado de clasificación la mayor incidencia para la displasia se encuentra entre los 30 y 44 años de edad y la menor incidencia entre los 20 y 24 años y que el carcinoma in situ aparece 2.4 veces más que la displasia leve, 1.5 veces más que la moderada y 2.0 más veces que la displasia grave.

Bonilla (27), afirma que la frecuencia de Carcinoma in situ de localización exclusivamente endocervical varía ampliamente desde un 2.8 a un

33.1% en dependencia de la edad de la paciente. A mayor edad de carcinoma in situ es menos frecuente y su localización más endocervical.

Estos cambios topográficos son consecuencia del desplazamiento que sufre el endocérnix a lo largo de la vida y que están en completa dependencia de la actividad hormonal. Bajo el efecto de las hormonas maternas, la unión escamo columnar situado hacia el sétimo mes de vida fetal en el endocérnix, desciende hasta alcanzar el orificio externo, en el nacimiento. Al comenzar la actividad ovárica con la pubertad y con mayor intensidad durante los embarazos se va a producir una eversión de la mucosa endocervical hacia el exterior. Durante el puerperio el climaterio y menopausia ocurre el fenómeno inverso, la inversión de la mucosa. Cambios semejantes ocurren a nivel del itsmo, de tal manera que la extensión de la mucosa endocervical permanece constante. el desplazamiento esta motivado por el aumento del volumen y turgor del estroma. Estos deslizan y separan las fibras entre sí, y arrastran el epitelio en su desplazamiento.

Estos cambios son absolutamente fisiológicos y representan la respuesta a una excelente actividad hormonal ovárica. Por tanto, el concepto clásico del límite neto a nivel del orificio cervical externo

está superado, ya que no se observa, lo observamos frecuentemente en mujeres estériles.

Los cambios de desplazamiento arrastran igualmente los epitelios atípicos, o bien si estos aparecen épocas más tardías inciden en una unión escamocolumnar que se localiza endocervical.

Bonilla (27) observó, por ejemplo que el promedio de la edad de los carcinomas in situ de localización ectocervical fue de 40.14 años, frente a la media de 48.54 años que presentan los casos de localización endocervicalmente.

Este fenómeno deberá tenerse muy en cuenta en mujeres de edad avanzada tanto al realizar la toma citológica (obligatoriedad de practicar la toma endocervical), al explorar con el colposcopio (ya que no suelen ser visibles las lesiones) y al practicar la conización que deberá contener todo el canal endocervical.

Con esto se demuestra que en el cuadro 03 existe una relación directa entre la presencia de alteraciones en los PAPS y la edad de la paciente, es decir a mayor edad mayor probabilidad de padecer neoplasia cervical.

CUADRO N° 04
DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE HIJOS

RESULTADO DE PAPANICOLAU	0 - 1		2 - 5		> de 05		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPO EN ESTUDIO :								
DISPLASIA LEVE	01	0.4	02	0.5	02	1.5	05	0.6
DISPLASIA MODERADA	-----	-----	-----	-----	02	1.5	02	0.2
CARCINOMA IN SITU	-----	-----	02	0.5	-----	-----	02	0.2
DISPLASIA GRAVE	-----	-----	-----	-----	01	0.7	01	0.1
CARCINOMA EPIDERMIDE MICROINVASIVO	-----	-----	-----	-----	01	0.7	01	0.1
CARCINOMA ASOCIADO A GESTACION	-----	-----	01	0.2	-----	-----	01	0.1
GRUPO CONTROL:								
NORMAL NEGATIVO	197	80.1	332	7.8	60.6	62.5	612	75.7
CANDIDA ALBICANS	11	4.5	22	5.1	05	3.7	38	4.8
TRICHOMONAS	11	4.5	22	5.2	05	3.6	38	4.7
C. ATROFICO	03	1.2	06	1.4	25	18.3	34	4.2
COMP. INFLAMATORIO MODERADO	03	1.2	22	5.2	05	3.6	30	3.7
GARDNERELLA	14	5.7	10	2.3	03	2.2	27	3.3
COMPONENTE INFLAMATORIO LEVE	03	1.2	02	0.5	03	2.2	08	1.0
COMPONENTE INFLAMATORIO SEVERO	02	0.8	03	0.7	-----	-----	05	0.6
PAPILOMA VIRUS HUMANO	01	0.4	02	0.4	01	0.7	04	0.5
GONOCOCO	-----	-----	-----	-----	01	0.7	01	0.1
T O T A L	246	100.00	426	100.00	137	100.00	809	100.00

PROMEDIO = 3.37 +- 3.39

P= 0.00000000

En el cuadro Nº 04 observamos la relación con el número de hijos, así encontramos que el promedio de hijos en las mujeres estudiadas es de 3.37 ± 3.39 con un rango de 0.20 hijos aplicando la prueba de chi cuadrado se encontró que existe una diferencia altamente significativa ($P=0.000000$) es decir, que el número de hijos influye directamente en la presencia de alteraciones cervicales, sobre todo en neoplasias cervicales; solo un caso de displasia leve se encontró en una mujer con 1 hijo, los demás estuvieron concentrados en mujeres con 2 ó más hijos. Nuestros datos concuerdan con Chumbe (21) quien también encontró a la paridad como un factor de riesgo y difieren de berget y lombard (28,29) quienes han descartado a la paridad como factor de riesgo de la neoplasia cervical, mientras que jiménez (24) quien encontró que el 26.25% de madres con neoplasia cervical tienen 2 a 3 hijos, de igual manera valdivia (10) encontró que el promedio de hijos de la madre con Neoplasia fue de 7 con un rango de 2 - 13.

CUADRO Nº 05
DISTRIBUCION SEGUN INICIO DE RELACIONES SEXUALES

RESULTADO DE PAPANICOLAU	10 - 14 años		15 - 19 años		> = 20 años		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPO EN ESTUDIO :								
DISPLASIA LEVE	01	0.9	02	0.3	02	1.9	05	0.6
DISPLASIA MODERADA	-----	-----	-----	-----	02	1.9	02	0.2
CARCINOMA IN SITU	-----	-----	02	0.3	-----	-----	02	0.2
DISPLASIA GRAVE	01	0.9	-----	-----	-----	-----	01	0.1
CARCINOMA EPIDERMÓIDE MICROINVASIVO	01	0.9	-----	-----	-----	-----	01	0.1
CARCINOMA ASOCIADO A GESTACION	-----	-----	01	0.2	-----	-----	01	0.1
GRUPO CONTROL:								
NORMAL NEGATIVO	81	3.0	455	76.9	76	71.0	612	75.7
CANDIDA ALBICANS	08	7.2	22	3.8	08	7.5	38	4.8
TRICHOMONAS	08	7.2	24	4.1	06	5.6	38	4.7
C. ATROFICO	02	1.8	28	4.73	04	3.7	34	4.2
COMP. INFLAMATORIO MODERADO	01	0.9	27	4.6	02	1.9	30	3.7
GARDNERELLA	03	2.7	17	2.8	07	6.5	27	3.3
COMPONENTE INFLAMATORIO LEVE	01	0.9	07	1.2	-----	-----	08	1.0
COMPONENTE INFLAMATORIO SEVERO	02	1.8	03	0.5	-----	-----	05	0.6
PAPILOMA VIRUS HUMANO	02	1.8	02	0.3	-----	-----	04	0.5
MONOCOCCO	-----	-----	01	0.2	-----	-----	01	0.1
T O T A L	111	100.00	591	100.00	107	100.00	809	100.00

ROMEDIO = 16.88 +- 2.92 años

P = 0.00000

En el cuadro N^o 05, encontramos la edad de inicio de relaciones sexuales y su influencia en la presencia de neoplasias cervicales, así encontramos que el promedio en que las mujeres de la muestra iniciaron sus relaciones sexuales fue de 16.88 \pm 2.92 años con un rango de 10 - 30 años, aplicando la prueba estadística se encontró que el inicio de Relaciones Sexuales tempranamente (antes de los 19 años) influye directamente en la presentación de displasia cervical ($P < 0.00000$) resultados que coinciden con otros autores como Bonilla (27) quien también encontró que el 66.5% de las mujeres que presentaron cáncer de cuello uterino iniciaron su vida sexual activa antes de los 20 años de edad, y que el grupo que tuvo su primer coito entre 15 y 19 años presentó la aparición de cáncer de cuello, con una incidencia de 60.9%, mientras que apareció una marcada disminución en la aparición del mismo cuando el coito es a partir de los 25 años y de igual manera sostiene que la displasia en sus distintos grados también apareció ligado al primer coito, con una incidencia del 59.5% en el grupo que tuvo antes de los 20 años.

De igual manera Jiménez (24) afirma que el 64.5% de las mujeres que presentaron Neoplasia cervical iniciaron sus relaciones sexuales entre los 13 - 18 años.

Asimismo, chumbe (21) encontró un riesgo relativo de 2.5 para aquellas mujeres que iniciaron su relación sexual antes de los 16 años. En otros estudios epidemiológicos se ha observado que el riesgo de neoplasia cervicouterino aumenta en las mujeres que inician las relaciones coitales durante la adolescencia (21,30), y se ha sugerido que el cuello del útero de la adolescente es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito (17,30).

Se ha formulado varias hipótesis para explicar la asociación del coito con el riesgo de neoplasia del cuello uterino. La más aceptada supone un agente infeccioso (30,31,32,33) probablemente el VPH (Papiloma virus humano), que se transmite de un sujeto infectado a su compañera sexual. La infección por este virus tan difundido quizá en otros tumores malignos de los animales y el hombre vinculados con infecciones viricas. (35).

CUADRO N° 06
DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

RESULTADO DE PAPANICOLAU	01 N°	PAREJA %	2 - 4 N°	PAREJAS %	> = 5 N°	PAREJAS %	T O T A L N°	%
GRUPO EN ESTUDIO :								
DISPLASIA LEVE	-----	-----	02	1.3	03	15.8	05	0.6
DISPLASIA MODERADA	-----	-----	-----	-----	02	10.5	02	0.2
CARCINOMA IN SITU	-----	-----	01	0.6	01	5.3	02	0.2
DISPLASIA GRAVE	-----	-----	-----	-----	01	5.3	01	0.1
CARCINOMA EPIDERMÓIDE MICROINVASIVO	-----	-----	-----	-----	01	5.3	01	0.1
CARCINOMA ASOCIADO A GESTACION	-----	-----	-----	-----	01	5.3	01	0.1
GRUPO CONTROL:								
NORMAL NEGATIVO	503	79.3	106	67.9	03	15.8	612	75.7
CANDIDA ALBICANS	26	4.1	11	7.2	01	5.3	38	4.8
TRICHOMONAS	24	3.7	12	7.7	02	10.5	38	4.7
C. ATROFICO	27	4.3	07	4.5	-----	-----	34	4.2
COMP. INFLAMATORIO MODERADO	25	3.9	04	2.6	01	5.3	30	3.7
GARDNERELLA	16	2.4	10	6.4	01	5.3	27	3.3
COMPONENTE INFLAMATORIO LEVE	07	1.1	01	0.6	-----	-----	08	1.0
COMPONENTE INFLAMATORIO SEVERO	04	0.6	01	0.6	-----	-----	05	0.6
PAPILOMA VIRUS HUMANO	01	0.2	01	0.6	02	10.5	04	0.5
GONOCOCCO	01	0.2	-----	-----	-----	-----	01	0.1
T O T A L	634	100.00	156	100.00	19	100.00	809	100.00

PROMEDIO = 1.4 + -4.24

rango 1-22 parejas sexuales

P = 0.00000000

En el cuadro N^o 06 encontramos el número de parejas sexuales relacionado con neoplasia cervical, aunque se encontró un promedio de 1.4 ± 4.24 el rango fue muy variable de 1 - 22 parejas sexuales. aplicando la prueba de chi cuadrado se encontró que existe diferencia altamente significativa entre el número de parejas sexuales y la presencia de neoplasia cervical ($P=0.00000$); es decir a mayor número de parejas sexuales mayor probabilidad de padecer neoplasia cervical; así también lo afirma chumbe (21) quien afirma que el riesgo de neoplasia cervicouterino aumentó con el número creciente de compañeras sexuales siendo el riesgo relativo de 2.8 para aquellas mujeres que refieren haber tenido 6 o más compañeros sexuales; este es una prueba más para interpretar como prueba de papel etiológico que puede estar representando algún agente sexualmente transmisible.

Jiménez (24), refiere que el 82.5% de las pacientes con neoplasia tuvieron de 1 - 2 parejas sexuales.

CUADRO N° 07
DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE ABORTOS

RESULTADO DE PAPANICOLAU	0 ABORTOS		1 -3 ABORTOS		> = 4 ABORTOS		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPO EN ESTUDIO :								
DISPLASIA LEVE	-----	-----	02	0.7	03	16.6	05	0.6
DISPLASIA MODERADA	-----	-----	01	0.3	01	5.6	02	0.2
CARCINOMA IN SITU	02	0.4	-----	-----	-----	-----	02	0.2
DISPLASIA GRAVE	-----	-----	-----	-----	01	5.6	01	0.1
CARCINOMA EPIDERMIDE MICROINVASIVO	-----	-----	01	0.3	-----	-----	01	0.1
CARCINOMA ASOCIADO A GESTACION	01	0.2	-----	-----	-----	-----	01	0.1
GRUPO CONTROL:								
NORMAL NEGATIVO	393	77.7	211	74.0	08	44.4	612	75.7
CANDIDA ALBICANS	26	5.1	10	3.5	02	11.7	38	4.8
TRICHOMONAS	22	4.3	16	5.6	-----	-----	38	4.7
C. ATROFICO	15	3.0	17	6.0	02	11.1	34	4.2
COMP. INFLAMATORIO MODERADO	19	3.7	11	3.8	-----	-----	30	3.7
GARDNERELLA	16	3.2	11	3.8	-----	-----	27	3.3
COMPONENTE INFLAMATORIO LEVE	07	1.4	01	0.4	-----	-----	08	1.0
COMPONENTE INFLAMATORIO SEVERO	02	0.4	03	1.0	-----	-----	05	0.6
PAPILOMA VIRUS HUMANO	03	0.6	01	0.4	-----	-----	04	0.5
GONOCOCO	01	0.2	-----	-----	-----	-----	01	0.1
T O T A L	506	100.00	285	100.00	18	100.00	809	100.00

$\chi^2 = 83.72$ $P = 0.0000000000$

En el cuadro Nº 07 observamos como el antecedente de aborto influye directamente en la presencia de neoplasia cervical ($P = 0.00000$) es decir a mayor número de aborto mayor probabilidad de padecer cáncer de cérvix; mientras que Chumbe destaca que el riesgo relativo no varió en relación a la presencia de abortos, asimismo Berget (28) concluye que no existe relación entre riesgo de neoplasia cervical y la presencia de abortos. Nuestros resultados se sustentan que en modelos animales se ha observado que las heridas pueden estimular carcinógeneses y favorecer el acceso de agentes infecciosos a las capas basales de los epitelios. De otro lado el embarazo provoca un estado de inmuno supresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos.

CUADRO Nº 08
DISTRIBUCION SEGUN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

METODO ANTICONCEPTIVO	USO		NO USO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NINGUNO	236	30.4	08	24.7	244	30.2
PILDORA	253	32.6	13	31.4	266	32.9
INYECTABLE	60	7.7	--	--	60	7.4
NORPLANT	01	0.1	--	--	01	0.1
CONDON	11	1.4	01	3.0	12	1.5
ESPERMICIDA	08	1.0	--	--	08	1.0
LIGADURA	36	4.7	04	12.1	40	4.9
RITMO	49	6.4	05	15.2	54	6.7
DIU	122	15.7	02	6.1	124	15.3
T O T A L	776	100.0	33	100.0	809	100.0

Varios estudios precedentes parecen indicar que el uso prolongado de anticoncepción podría aumentar el riesgo de neoplasia cervical uterino (31), hecho que no es el caso de nuestro estudio ya que la prueba de chi Cuadrado nos demuestra que no existe asociación entre el uso de anticonceptivos con la presencia de neoplasia cervical; reforzado esto por la literatura que afirma que el carcinoma cérvico uterino no se considera como un tumor hormonodependiente.

En resumen podemos indicar que la presencia de la célula escamosa del cáncer de cérvix está relacionado íntimamente con factores ambientales y con prácticas sexuales y reproductoras.

CUADRO N° 09
DISTRIBUCION SEGUN PAPANICOLAU ANTERIOR

RESULTADO DE PAPANICOLAU	SI		N		T T A L		T O T A L	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRUPO EN ESTUDIO :								
DISPLASIA LEVE	-----	-----	05	1.3	05	0.6	05	0.6
DISPLASIA MODERADA	-----	-----	02	0.5	02	0.2	02	0.2
CARCINOMA IN SITU	-----	-----	02	0.5	02	0.2	02	0.2
DISPLASIA GRAVE	-----	-----	01	0.2	01	0.1	01	0.1
CARCINOMA EPIDERMÓIDE MICROINVASIVO	-----	-----	01	0.2	01	0.1		0.1
CARCINOMA ASOCIADO A GESTACION	-----	-----	01	0.2	01	0.1	01	0.1
GRUPO CONTROL:								
NORMAL NEGATIVO	333	79.7	279	71.3	612	75.7	613	75.7
CANDIDA ALBICANS	21	5.0	17	4.3	38	4.8	38	4.8
TRICHOMONAS	15	3.6	23	5.9	38	4.8	38	4.7
C. ATROFICO	14	3.4	20	5.1	34	4.2	34	4.2
COMP. INFLAMATORIO MODERADO	13	3.1	17	4.3	30	3.8	30	3.7
GARDNERELLA	13	3.1	14	3.6	27	3.3	27	3.3
COMPONENTE INFLAMATORIO LEVE	05	1.2	03	0.8	08	1.0	08	1.0
COMPONENTE INFLAMATORIO SEVERO	02	0.5	03	0.8	05	0.6	05	0.6
PAPILOMA VIRUS HUMANO	02	0.5	02	0.5	04	0.5	04	0.5
GONOCOCO	-----	-----	01	0.2	01	0.1	01	0.1
T O T A L	418	100.00	391	100.00	809	100.00	809	100.00

En cuanto al antecedente del examen de Papanicolaou cabe resaltar que la paciente que presentó neoplasia cervical no tuvo ningún control citológico previo, resultados que son apoyados por otros autores como Chumbe (21) que también encontró que la mayoría de sus pacientes portadores de neoplasia no tuvieron el antecedente previo de haberse realizado un examen de PAP, de igual manera cabezas refiere que el 64.7% de sus pacientes con lesiones de cérvix se realizaron por primera vez un PAP.

La detección sistemática de cáncer incipiente del cuello uterino, constituye en la actualidad el principal factor para disminuir la mortalidad por cáncer uterino avanzado. El cáncer de cuello uterino cuando se diagnóstica precozmente debido a sus características clínicas y a su peculiar historia natural, es una enfermedad de ser tratada con éxito en casi el 100% de los casos (2). No obstante es necesario destacar que las actividades de detección varían mucho dentro de los límites geográficos del país, y naturalmente esta en relación con el grado de desarrollo de la población y a la accesibilidad a los servicios de salud (36); sin embargo el obstáculo mayor para la detección temprana se encuentra en la carencia de una estrategia de salud pública en los programas de control.

CONCLUSIONES

1. La Frecuencia de Neoplasia Cervical en el Distrito de Morales, Provincia de San Martín es de 14.8 por mil en los años de 1,994, 1995 y 1,996, de un total de 809 pacientes estudiadas.
2. Los Factores de Riesgo asociadas a Displasia Cervical son los siguientes :
 - Bajo Nivel Educativo (83.4%)
 - Edad mayor de 25 años
 - Número de hijos mayor de 2
 - Edad de inicio de relaciones sexuales menor de 20 años.
 - Número de parejas sexuales más de 2
 - Antecedentes de abortos
3. Se encontró un solo caso de Neoplasia Cervical (Ca in situ) asociado a Gestación.

RECOMENDACIONES

- 1.- Debe ampliarse y democratizarse la cobertura del programa de Cáncer de Cérvix hacia los sectores de menores recursos y acceso a los servicios de Salud.
- 2.- Se debe contar con un buen registro de datos para facilitar las investigaciones científicas, relacionados con la displasia cervical.
- 3.- Es necesario la realización de investigaciones con seguimiento para contar con realidades de nuestra Región.
- 4.- Aperturar un programa de informar, educar y comunicar (Consejería) a la comunidad sobre los factores de riesgo a fin de sensibilizar y disminuir la incidencia de esta patología.
- 5.- Realizar campañas de detección precoz en forma sistemática sobre todo en zonas Rurales y Urbano-marginales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- MINISTERIO DE SALUD Normas y procedimientos para el control del Cáncer de cuello uterino.: Rev. Médica Ministerio de Salud Lima Perú 1987.
- 2.- CASTELLANOS y Cols.: Detección y método diagnóstico en la neoplasia cervical pre-clínica. Rev. Ginec. y Obstet. Vol.10.1989.
- 3.- GALVEZ J.:Un programa de registro de incidencia de Cáncer en Lima Metropolitana. Rev. Ginecol y Obstet 1989.
- 4.- CARRASCO A:"Prevención del Cáncer Ginecológico" (disertación) UNMSM. Lima Perú 1992 pág.56.
- 5.- RARICK T.L.;TACHABO J.G.: Terminig of the post partum Papanicolau Smear.Obstet y Gynecol 1994; 83(5pt):761-5.
- 6.- PETERSON: Span laucas course at cervical Precancers condition Amer. J gynecology Obstetric 72-1063 1990.
- 7.- ALBUJAR.: Cáncer cervical tiempo promedio. Rev. Méd. UNT 1991.
- 8.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA.: Encuesta demográfica y de salud familiar. Edit. Impac 1990.

- 9.- SLANSON DC; BENNET-JH; SIMON LJ;HERMAN-JM.:
Should all women with cervical atypia be referred for colpos copy. Area resereach, network J. Fam Pract. 1994;38(4) 387-92.
10. VALDIVIA.: Contribución a la epidemiología del Cáncer de cuello uterino en el Perú. Rev. Peruana de gynecolog y Obstet. 1984.
11. KOOS.: Clínica Obstétrica y ginecológica Rev. Med. pág. 387-92.
12. HALL,BYOCE J.NELSON.: Carcinoma in situ of the Uterina e study of 409 Obstet y Ginecolog 34-221-1991.
13. HUNT-JM. IRWING-LM; TOWLER-BP.: The management of women with imitial minor PAP Smear ab normaliti med. J. aust. 1994;160(9):558-63.
14. BROSO P.R.; BUFFT-I-G.: Clasificación del Papanicolau Minerva gynecología, Nov.1993. 45(11):557-63.
15. STALER D.N.;MILMER P.C.; RADLEY-H.: Casos de muerte por cáncer de cervix. Propuestas de los componentes esenciales del programa nacional. Patología clínica 1994; 47(1): 27-8.
16. KORN-AP; AUTORY-M; DEREMER-PA; TAN W.;
Sensibilidad de la muestra de Papanicolau en mujeres infectadas con VIH. Obstetricia y Gynecología 1994(3): 401-4.

17. WEY.: Vaginal cervical and endocervix
citopatologyc Smears on a single slide.
Obstet and gynecology volumen 14 N° 7 pág.
362-367, 1989.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS:
Reporte de la Oficina Nacional de
Estadística 1988 Lima-Perú.
19. PACHECO J.; GALDOS R.; TAVAR L. URQUIZO R.;
Sauna materna y perinatal, experiencias y
estrategias, conferencias y talleres de la
segunda jornada de salud materna y
perinatal. Lima-Perú 1992; pp.19-31.
20. CHUMBE CULQUI R.: Neoplasia de cuello uterino
en pacientes Gineco-Obstetricas, factores
de riesgo hospital Regional del Amazonas-
Iquitos Perú. Tesis para optar el Título
profesional de Obstetriz UNSM Tarapoto
1991.
21. MEJIA M.A."Carcinoma de cuello uterino asociado
a gestación XIII Jornada Peruana de
Cancerología y III encuentro de ex-
residentes del INEN Cuzco 1991.
22. ANTEZANA SABOGAL, Guido. Incidencia de lesiones
epitales del cuello uterino. Estudio
retrospectivo en el Hospital Arzobispo
Loayza período 1989-1990; Tesis Br. UPCH,
1991.

23. JIMENEZ OTONEZ, GONZALES José, ESTEVES Nieves
Et All. Hallazgos citológicos y mujeres en
edad fértil. Rev. Med. domin.: 53(4): 155-
7. Oct.-Dic. 1992-Ilus.
24. VALDIVIA PONCE E; NUÑEZ VIDALON R.; Et All;
Epidemiología de la displasia y del
Carcinoma In situ del cuello uterino. Rev.
Ginecol - Obstétrica 1986(22) pág. 11-21.
25. GUERRA M.H. "Cáncer de Cérvix uterino" Diag.
25(3) 45-50 1990.
26. BONILLA MUSLOE. Epidemiología del Carcinoma de
Cérvix.
27. BERGET J.A.: "Reeves W.C. Et all. Parity as a
Risk Factor for Cervical Cancer" am J.
Epid. 130(3) 486-96 1991.
28. LOMBARD, H.L.; POTTER E.A. Epidemiologica
aspect of cancer of the cervix. Cáncer 3:
960-68 1991.
29. DE VARGAS, C.I.; HEREDIA, C.R.: Infección por
Chlamydia trachomatis en pacientes con
neoplasia intraepitelial "Rev. Colombiana
de Obstet y Ginecología 41(2): 99-105 1990.
30. GALASSO, F; SBANO y Cols. "Condilomata
Acuminata of the external genitalia and
dysplasia of the uterine cervix". G. Ital.
Dermatol Venerelo. 124 (5):207-10 1990.

31. LABAL, C., LE DOUSSAL, V.: "Human Papillomavirus in uterine cervix pathology: Clinical implications detection and type" Bull cáncer (Paris) 77(4): 321-30 1990.
32. MUÑOZ, N; BOSCH, F.X.; "Does human Papillomavirus cause cervical cáncer" The state of the epidemiological evidence, Br.J. cáncer 57; 1-5, 1992.
33. HOWARD, J; SEEGAD, G.J.: Tratado de Ginecología de Novack" XI edición. México nueva edit Interamerica 307-8 1989.
34. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.: Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Paltex Nº 7 Washington D.C. E.V.A. 1986 pp. 111-131.
35. MISAD, O.: "El problema del cáncer en el Perú" Oncología, INEN. 1989.

ANEXO 01

FORMATO DE INVESTIGACION

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISPLASIA CERVICAL EN
MUJERES EN EDAD FERTIL DEL DISTRITO DE MORALES.**

CODIGO..... FECHA.....

I.- DATOS DE IDENTIFICACION :

Nombre.....H.C.....

Dirección.....

Edad.....años

GRUPO :

Peso.....Kgs.

Estudio (1)

Talla.....cm.

Control (2)

GRADO DE INSTRUCCION

ESTADO CIVIL :

Analfabetas 1

Casada 1

Primaria 2

Soltera 2

Secundaria 3

Conviviente 3

Superior 4

PROCEDENCIA :

OCUPACION :

Urbano 1

Agricultora 1

Rural 2

Su casa 2

Pueblo Joven 3

Emp. público 3

Asentamiento Humano 4

Doméstica 4

NIVEL SOCIO-ECONOMICO:

Comerciante 5

Bajo 1

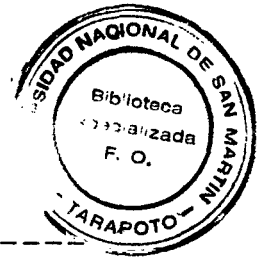
Lavandera 6

Medio 2

Otros..... 7

Alto 3

(especifique)

**HABITOS**

Cigarro 1

Alcohol 2

POLIANDRIA:**PROMISCUIDAD**

-----Nº P.S.

actuales.

EDAD DE LA MENARQUIA

----- años

REGIMEN CATAMENIAL

PARIDAD :

-----Nº de hijos

GESTACIONES:

-----Nº embarazos

ABORTOS :

----- Nº de abortos

PERIODO INTERGENESICO:

----- años

USO DE ANTICONCEPTIVOS:

Píldora 1

DIU 2

Tableta vag. 3

Condón 4

Tradicional 5

Inyectable 6

Ligadura BTB 7

Norplant 8

Ninguno 9

ENFERMED. TRANSM. SEX.

Gonorrrea 1

Sífilis 2

Trichomonas vag. 3

Chancro 4

Gardnerella vag. 5

Granuloma Inguin. 6

Otro 7

(especifique)

INICIO DE R.S.....**FRECUENCIA DE R.S.:**

.....R.S./semana

Número Papanicolau

.....

RESULTADO PAP ANT.

Negativo 1

Comp. Inf. Severo 2

Displasia leve 3

Tiempo transcurrido PAP

anterior.....años

<i>Displasia moderada</i>	4	<i>Antecedente Leucorrea</i>
<i>Displasia Severa</i>	5	<i>Si</i> 1
<i>Otro.....</i>	6	<i>No</i> 2

(especifique)

Tiempo.....meses

Recibió Tratamiento:

Si 1

No 2

